

PENDEKATAN JENDER TERHADAP PERBEDAAN STATUS KESEHATAN PEREMPUAN DAN LELAKI, RISKESDAS 2013

(Gender Approach to the Difference in the Health Status of Women and Men, Riskesdas 2013)

Siti Isfandari

Naskah masuk: 1 Desember 2015, Review 1: 3 Desember 2015, Review 2: 3 Desember 2015, Naskah layak terbit: 30 Desember 2015

ABSTRAK

Latar Belakang: Laporan Riskesdas 2013 menunjukkan morbiditas PTM perempuan lebih tinggi dibandingkan lelaki. Selain faktor biologis, pendekatan/perspektif jender memandang perbedaan pola penyakit dan kesehatan perempuan dan lelaki dipengaruhi oleh faktor sosial, termasuk ketidak berdayaan, akses dan keterbatasan peran. **Metode:** Penggunaan perspektif jender untuk menganalisis dan menginterpretasi data Riskesdas 2013. Perbedaan status kesehatan perempuan dan lelaki didiskusikan berdasarkan kerangka jender menekankan pentingnya otonomi, pendidikan dan akses kepada sumber daya dan fasilitas kesehatan. **Hasil:** Perempuan usia muda memiliki status kesehatan lebih baik dibanding lelaki. Kecuali stroke, perempuan usia menengah memiliki rerata disabilitas dan prevalensi penyakit tidak menular lebih tinggi. Pendidikan memberi manfaat kesehatan bagi perempuan golongan usia menengah. Faktor biologis merupakan faktor penting dalam perbedaan status perempuan dan lelaki. **Kesimpulan:** Pendidikan, akses informasi dan fasilitas pelayanan kesehatan merupakan faktor penting untuk pencapaian status kesehatan yang lebih baik pada perempuan. **Rekomendasi:** Diperlukan pendekatan komprehensif untuk peningkatan status kesehatan perempuan. kebijakan pemerintah harus mendukung perempuan memperoleh pendidikan, informasi serta sumber daya lainnya. pendekatan jender harus diterapkan dalam analisa data kesehatan.

Kata kunci: jender, kesehatan, Indonesia, penyakit tidak menular, umur harapan hidup, disabilitas

ABSTRACT

Background: The 2007 National Health Report, Riskesdas 2007 showed that female leads male almost in all morbidity of chronic diseases. Differences in health and illness patterns of men and women are not primarily technical or medical in nature, but also attributable to social factors such as powerlessness, access to resources, and constrained roles. Using the latest data of Riskesdas 2013, this analysis intends to use gender approach analyzing and interpreting health status difference between female and male to get inputs for the appropriate measures to reduce the gap between female and male morbidity on NCD. **Methods:** Riskesdas 2013 data was analyzed using gender framework which stressed the importance of socio economic factors on health status defined as prevalence of chronic diseases. **Results:** With the exception of younger age, women have higher prevalence of non communicable/chronic diseases. High education appears to benefit only middle age women to achieve equal health status with men. **Conclusion:** Education, access to information is important factors to reduce the gap of female and male health status, however biological factor remains as primary factor. **Recommendation:** Since improving health status of women needs comprehensive approach, government policy should facilitate access to education and economic resources to women. Gender approach should be implemented for analysing health data.

Key words: gender, health, Indonesia, non communicable disease, life expectancy, disability

PENDAHULUAN

Semakin meningkatnya umur harapan hidup (UHH) penduduk Indonesia akan disertai dengan semakin tingginya beban penyakit tidak menular dan disabilitas. Laporan RISKESDAS 2013 menunjukkan prevalensi penyakit dan disabilitas perempuan

lebih tinggi dibandingkan lelaki. Status kesehatan dan disabilitas tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis. Faktor sosio ekonomi, sosial dan perilaku juga berpengaruh.

Kajian fenomena gender dan kesehatan di Asia Selatan mendapatkan disparitas status kesehatan

perempuan dan lelaki disebabkan keterbatasan aksesibilitas perempuan terhadap pelayanan kesehatan (Fikree, 2004). Hal ini disebabkan karena lelaki lebih memiliki otonomi. Perbedaan peran perempuan yang lebih banyak melakukan kegiatan di dalam rumah dan lelaki di luar rumah meningkatkan risiko lelaki terhadap malaria, TB. Kajian gender terhadap fenomena HIV AIDS mendapatkan dampak ekonomi terhadap perempuan lebih tinggi karena harus menanggung beban ekonomi keluarga saat suaminya yang menjadi tulang punggung keluarga menderita AIDS. (Vlassoff C, 2007).

Perspektif jender menyatakan selain faktor biologi, faktor sosial diantaranya otonomi, nilai sosial, pendidikan, pekerjaan berpengaruh terhadap kesehatan. Otonomi ditunjukkan dengan status kepala rumah tangga, nilai sosial merupakan peran dalam masyarakat, sedangkan pekerjaan terkait dengan pendapatan. (Annandale & Hunt, 2000). Pada umumnya pekerjaan yang menghasilkan uang bernilai lebih tinggi, memberikan lebih banyak otonomi, pengambilan keputusan dan dihargai. Lelaki lebih banyak terlibat dalam kegiatan menghasilkan uang, maka mereka memiliki otonomi dan status sosial lebih baik. Perbedaan jender dalam status ekonomi dan kemampuan membeli mempengaruhi perilaku dan status kesehatan. Pendidikan membuka kesempatan terhadap akses ekonomi, informasi dan perilaku kesehatan. Kontribusi pendidikan sebagai salah satu aspek jender terhadap kesehatan banyak dibahas terkait kesehatan anak. Penggunaan kerangka jender banyak dipakai untuk mengukur kesehatan reproduksi dan HIV AIDS (Vlassoff C, 2007), namun belum banyak penggunaan kerangka tersebut untuk penyakit tidak menular, termasuk distress emosional dan disabilitas sebagai dampaknya.

Dengan terjadinya peningkatan UHH dan penyakit kronis yang memerlukan perawatan jangka panjang, disabilitas merupakan indikator penting, karena selain melabel seseorang memiliki penyakit, perlu diketahui sejauh mana orang tersebut dapat melakukan kegiatan hariannya di rumah, tempat kerja, sekolah atau dalam area sosial lainnya. Analisis beban penyakit dilakukan berdasarkan disabilitas. Penilaian status disabilitas masyarakat bermanfaat bagi penyusunan kebijakan kesehatan untuk mengidentifikasi kebutuhan, melakukan intervensi, mengukur kemajuan intervensi, penyusunan prioritas dan alokasi sumber daya.

Kajian jender dan kesehatan di Indonesia sebagian besar terkait dengan kesehatan reproduksi, sedangkan mengenai penyakit kronis, distress emosional dan disabilitas masih terbatas. Perlu dilakukan analisis

perbedaan status kesehatan perempuan dan lelaki menggunakan perspektif jender untuk menjelaskan interaksi antara determinan sosial, ekonomi dan biologi dengan PTM dan disabilitas pada perempuan dan lelaki. Penerapan konsep jender dalam analisis melihat dampak faktor sosial terhadap kesehatan perempuan dan lelaki berdasarkan data Riskesdas 2013. Artikel bertujuan melakukan eksplorasi tentang perspektif jender diterapkan terhadap ketimpangan PTM pada perempuan dan lelaki berdasarkan data Riskesdas 2013. Hasil analisa dapat dimanfaatkan sebagai masukan untuk penyusunan program promosi pencegahan dan penanganan penyakit tidak menular dan disabilitas sensitif jender.

METODE

Rancangan analisa

Analisa eksploratif deskriptif, menggunakan data Riskesdas 2013. Sasaran responden adalah penduduk kelompok umur 15–99 tahun, perempuan dan lelaki. Besar sampel adalah responden Riskesdas 2013 kelompok umur 15–74 tahun. Variabel terikat = status hipertensi, penyakit jantung koroner, distress emosional, stroke, sendi, diabetes, disabilitas, kanker

Definisi operasional

Status hipertensi, penyakit jantung koroner, stroke, sendi, diabetes, disabilitas, kanker adalah jawaban pernah didiagnosa tenaga kesehatan. Disabilitas diperoleh dari pengukuran berdasarkan instrumen WHODAS 2 (WHO, 2010) yang dikembangkan oleh WHO untuk mengukur disabilitas berdasarkan konsep ICF. Disabilitas merupakan jawaban berkode 2–5 pada 12 pernyataan dalam instrumen disabilitas Riskesdas 2013 terdiri dari domain kognisi, mobilitas, perawatan diri, bergaul, aktivitas, berinteraksi, partisipasi. Nilai standard disabilitas memiliki rentang 0 yang berarti tidak mengalami disabilitas, hingga 100 yang berarti mengalami disabilitas berat atau tidak mampu melakukan apa pun secara psikis dan fisik tanpa dibantu.

Distress emosional merupakan jumlah jawaban ya pada 20 pernyataan yang disadur dari *self report questionnaire* SRQ, suatu alat ukur distress emosional yang dikembangkan WHO (WHO, 1994). Digolongkan mengalami distress emosional jika individu memiliki 6 atau lebih jawaban ya pada ke 20 pernyataan.

Analisis data

Dilakukan analisis bertahap untuk menjawab tujuan penelitian. Pertama dilakukan pembuatan

variabel komposit dari penyakit tidak menular yang menjadi fokus analisa, sehingga jika responden memiliki sedikitnya satu jenis penyakit, maka dikategorikan sebagai kasus. Hal ini dilakukan karena kasus tidak cukup jika dilakukan analisis per jenis PTM menurut jenis kelamin, umur dan karakteristik demografi. Kemudian dilakukan analisa deskriptif untuk mengetahui prevalensi penyakit komposit pada perempuan dan laki berdasarkan faktor sosial demografi. Dilanjutkan dengan analisis serupa dengan mengendalikan faktor umur.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan status kesehatan perempuan kelompok usia muda 15–34 sedikit lebih baik dibandingkan laki, terlihat dari lebih rendahnya prevalensi penyakit pada hampir semua karakteristik demografi, kecuali status cerai mati, hidup terpisah, kedudukan sebagai kepala dan pasangan kepala rumah tangga, serta pekerjaan petani. Pada kelompok

usia menengah, prevalensi komposit PTM perempuan lebih tinggi pada semua karakteristik demografi kecuali pada kelompok pendidikan tinggi, kelompok tidak bekerja, kelompok PNS/TNI/Polri/BUMD. Pada kelompok usia lanjut, prevalensi komposit PTM perempuan mengungguli laki pada semua karakteristik demografi.

Tabel 2 menunjukkan rerata disabilitas dan prevalensi jenis PTM perempuan dan laki menurut karakteristik demografi. Perempuan menunjukkan rerata disabilitas lebih tinggi dibandingkan laki pada semua karakteristik demografi, namun rerata disabilitas perempuan dan laki pada kelompok pendidikan tinggi hanya berselisih kecil. Perempuan juga menunjukkan prevalensi distress emosional lebih tinggi, namun kesenjangan menyempit pada kelompok pendidikan tinggi dan pada kelompok PNS, serta prevalensi distress emosional perempuan lebih rendah pada kelompok tidak bekerja. Prevalensi penyakit sendi pada perempuan lebih tinggi

Tabel 1. Prevalensi komposit PTM perempuan dan laki menurut usia dan karakteristik demografi, Riskesdas 2013

	15–34		35–54		55–99	
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan
Perkotaan	17.7	16.1	27.2	34.0	46.2	57.4
Perdesaan	18.5	16.9	28.9	35.7	45.9	54.9
Tidak/belum pernah sekolah	26.4	26.0	33.4	41.3	47.7	57.1
Tidak tamat SD/MI	21.8	20.8	31.2	40.1	46.2	56.0
Tamat SD/MI	19.9	18.8	30.1	38.3	45.3	56.1
Tamat SLTP/MTS	18.3	16.2	26.9	33.5	45.1	55.4
Tamat SLTA/MA	16.3	14.8	25.2	27.8	45.7	54.7
Tamat D1/D2/D3	14.3	11.8	24.6	24.6	50.0	51.8
Tamat PT	14.8	11.8	25.6	24.2	49.1	52.7
kepala rumah tangga	19.9	22.5	28.4	40.6	45.7	58.2
Istri/Suami	15.8	18.1	27.4	34.5	49.7	52.8
PNS/TNI/Polri/BUMD	14.7	13.5	28.5	28.1	44.4	48.6
Pegawai swasta	17.3	14.7	24.6	26.3	41.9	50.5
Wiraswasta	16.7	15.6	26.6	33.4	45.0	52.6
Petani	19.3	20.1	28.8	35.6	42.3	48.7
Nelayan	19.6	16.9	27.4	33.6	41.0	51.4
Buruh	19.2	18.5	28.9	34.8	41.4	49.6
Lainnya	18.7	15.3	29.3	34.6	43.5	54.2
Tidak bekerja	19.2	17.1	38.0	36.6	56.4	59.9
Bekerja	18.1	16.9	27.8	33.4	42.9	50.2
Belum menikah	17.4	14.6	24.1	27.6	39.6	53.0
Menikah	19.3	17.7	28.1	34.5	45.6	53.5
Hidup bersama	19.1	21.1	34.1	35.6	46.5	57.8
Cerai hidup	25.1	24.1	29.4	34.7	48.5	54.8
Hidup terpisah	23.1	23.7	31.5	34.4	50.5	58.0
Cerai mati	18.4	24.7	32.5	44.0	51.0	60.0

98 **Tabel 2.** Rerata nilai disabilitas dan prevalensi penyakit tidak menular perempuan dan lelaki menurut karakteristik sosial demografi, Riskesdas 2013

	Disabilitas		Distress Emosional		Sendi		Stroke		Kanker		Diabetes		Hipertensi		Jantung Koroner		Rasio Perempuan Laki
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	
	Mean	Mean															
Indonesia	4.25	5.57	4.39	7.12	11.20	14.47	0.87	0.77	0.09	0.33	1.57	1.94	6.95	12.33	0.51	0.61	1.07
Perdesaan	4.66	6.03	4.59	7.21	12.89	16.16	0.68	0.64	0.07	0.26	1.02	1.35	6.38	11.71	0.34	0.47	1.06
Perkotaan	3.76	5.04	4.14	7.00	9.20	12.52	1.09	0.91	0.10	0.41	2.22	2.62	7.62	13.05	0.70	0.77	1.08
Belum menikah	2.50	3.01	3.77	6.11	1.70	2.22	0.08	0.08	0.03	0.13	0.17	0.22	0.91	1.23	0.06	0.10	0.73
Menikah	4.58	4.74	4.36	6.43	14.62	15.54	1.10	0.69	0.10	0.38	2.09	2.13	8.97	13.12	0.67	0.64	1.08
Hidup bersama	5.54	11.83	7.90	14.32	4.57	16.82	0.21	1.59			0.62	2.27	4.37	17.50	0.42	2.05	0.91
Cerai hidup	5.69	6.37	9.18	10.59	11.65	16.03	1.42	0.98	0.17	0.40	1.52	2.11	7.83	14.04	0.41	0.67	2.30
Hidup terpisah	6.03	6.67	8.15	10.89	13.93	16.21	1.59	0.79	0.00	0.26	1.70	1.58	8.04	12.53	0.68	0.68	2.15
Cerai mati	14.73	16.06	10.55	12.94	23.57	30.07	3.01	2.56	0.22	0.39	3.00	3.89	19.24	27.78	1.23	1.37	4.71
kepala rumah tangga	4.75	10.99	4.50	10.74	15.14	25.79	1.16	1.72	0.11	0.42	2.18	3.56	9.41	22.95	0.69	1.19	0.18
Istri/Suami	9.95	4.42	6.19	6.15	14.69	15.80	3.89	0.68	0.00	0.40	2.83	2.18	10.27	13.35	0.71	0.66	405.41
Anak kandung	2.40	2.76	3.65	6.02	1.64	2.09	0.07	0.05	0.03	0.13	0.16	0.16	0.78	1.25	0.06	0.09	0.79
Anak angkat/tiri	3.23	4.32	4.55	7.75	2.00	2.83			0.09	0.10	0.55	0.10	1.09	1.26			0.87
Menantu	2.35	3.03	3.46	6.33	5.09	4.15	0.13	0.06	0.00	0.07	0.35	0.33	2.61	2.92	0.19	0.20	1.00
Cucu	2.29	3.09	3.11	8.69	0.99	1.61			0.00	0.05	0.04	0.05	0.78	0.85	0.04	0.00	0.86
Orang tua/mertua	20.97	22.73	13.47	16.11	28.45	32.57	4.42	3.47	0.62	0.31	2.66	3.85	22.35	30.27	1.51	1.34	3.77
Famili lain	4.80	8.92	6.42	10.29	4.98	11.06	0.57	0.94	0.03	0.29	0.53	1.33	3.41	9.04	0.22	0.31	1.08
Pembantu rumah tangga	0.30	3.13	2.44	7.77	7.32	5.99	0.00	0.32			0.00	1.29	3.66	5.02			7.54
Lainnya	3.52	9.04	5.66	12.12	3.68	9.20	0.28	0.46			0.42	0.46	3.68	7.82	0.14	0.92	0.92

	Disabilitas		Distress		Sendi		Stroke		Kanker		Diabetes		Hipertensi		Jantung Koroner		Rasio Perempuan Laki-laki
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	
Indonesia	4.25	5.57	4.39	7.12	11.20	14.47	0.87	0.77	0.09	0.33	1.57	1.94	6.95	12.33	0.51	0.61	1.07
Tidak/belum pernah sekolah	11.47	14.67	9.50	13.04	21.19	26.19	1.44	1.50	0.13	0.24	1.15	1.89	9.52	19.42	0.51	0.64	1.72
Tidak tamat SD/MI	7.04	8.99	6.77	10.13	17.68	22.72	1.15	1.34	0.13	0.32	1.43	2.36	9.32	18.00	0.47	0.78	1.27
Tamat SD/MI	4.77	5.72	4.94	7.55	14.82	18.46	0.94	0.92	0.09	0.37	1.32	2.29	7.86	15.31	0.46	0.73	1.14
Tamat SLTP/MTS	2.91	3.29	3.58	5.87	7.44	8.89	0.56	0.40	0.06	0.24	1.05	1.43	4.50	8.03	0.33	0.49	1.00
Tamat SLTA/MA	2.60	2.83	3.03	4.85	6.63	7.08	0.69	0.37	0.07	0.37	1.79	1.56	5.77	7.46	0.54	0.47	0.88
Tamat D1/D2/D3	3.19	2.82	2.33	3.03	8.23	7.10	1.46	0.49	0.05	0.38	3.48	2.34	9.07	7.85	1.05	0.55	1.26
Tamat PT	2.29	2.32	2.07	2.93	7.21	5.96	1.21	0.40	0.15	0.50			9.61	7.58	1.30	0.57	0.89
Tidak bekerja	11.30	7.47	9.65	8.46	12.30	16.15	3.58	1.25	0.25	0.38	3.11	2.55	11.46	15.28	1.41	0.84	4.41
Bekerja	3.49	4.10	3.82	5.95	12.30	15.19	0.56	0.38	0.07	0.33	1.52	1.62	7.08	11.41	0.43	0.47	0.59
Sedang mencari kerja	2.43	3.11	3.59	5.22	4.19	6.09	0.30	0.19	0.05	0.17	0.64	0.68	2.31	3.94	0.20	0.31	0.65
Sekolah	1.84	2.28	2.52	5.48	1.37	1.61	0.06	0.02	0.01	0.05	0.10	0.14	0.68	0.67	0.04	0.05	0.98
PNS/TNI/Polri/BUMD	2.38	2.71	2.06	2.94	9.41	9.14	1.07	0.44	0.10	0.55	3.97	3.27	10.05	10.76	0.99	0.70	0.73
Pegawai swasta	2.06	2.43	2.71	4.90	6.51	5.78	0.40	0.21	0.06	0.33	1.58	0.95	5.90	6.07	0.42	0.31	0.54
Wiraswasta	2.82	3.34	3.10	5.29	10.44	13.66	0.65	0.43	0.08	0.44	2.21	2.51	7.39	13.30	0.58	0.58	0.56
Petani	4.78	5.39	4.52	6.68	16.56	20.44	0.50	0.39	0.08	0.25	0.91	1.05	7.36	11.86	0.32	0.41	0.65
Nelayan	4.15	4.66	4.39	6.82	12.40	17.72	0.43	0.26	0.05	0.39	0.78	1.18	6.02	12.20	0.24	0.39	0.09
Buruh	2.82	3.52	4.71	7.87	11.34	14.62	0.35	0.31	0.04	0.33	0.80	1.02	5.43	11.88	0.25	0.40	0.40
Lainnya	3.68	4.20	4.05	6.28	10.48	13.54	0.89	0.48	0.05	0.29	1.86	1.99	7.74	11.60	0.53	0.51	1.11
15–24	2.08	2.46	3.18	5.97	1.24	1.65	0.02	0.02	0.02	0.08	0.09	0.12	0.52	0.75	0.04	0.06	0.96
25–34	2.56	2.86	3.67	5.37	5.23	6.52	0.06	0.06	0.02	0.20	0.24	0.30	2.32	4.35	0.10	0.19	1.21
35–44	2.78	3.30	3.76	6.05	10.45	13.00	0.23	0.25	0.06	0.38	0.96	1.18	5.24	12.15	0.22	0.48	1.12
45–54	3.71	5.01	4.10	7.04	15.88	22.04	1.01	1.07	0.08	0.59	2.75	3.60	11.06	24.58	0.65	0.88	1.04
55–64	6.54	9.14	5.54	8.70	21.98	28.93	2.54	2.13	0.16	0.51	4.25	5.66	18.87	34.55	1.40	1.49	1.00
65–74	13.20	17.79	8.48	12.92	27.68	33.37	4.07	3.04	0.42	0.32	4.14	4.62	26.40	45.60	1.98	1.69	1.09
75–99	25.09	32.89	15.03	20.42	31.05	34.18	4.31	3.95	0.51	0.31	2.95	2.67	29.87	44.02	1.96	1.53	1.31

dibandingkan lelaki kecuali pada kelompok pendidikan tinggi, serta kelompok pegawai. Prevalensi penyakit stroke lelaki lebih tinggi dibandingkan perempuan kecuali pada kelompok kepala rumah tangga dan kelompok pendidikan rendah. Prevalensi penyakit kanker perempuan lebih tinggi dibandingkan lelaki pada semua karakteristik demografi kecuali pada kelompok usia tua. Prevalensi penyakit kencing manis pada perempuan lebih tinggi kecuali pada kelompok pendidikan tinggi, status orang tua, kelompok pegawai, dan kelompok usia sangat tua. Prevalensi hipertensi perempuan lebih tinggi pada semua karakteristik demografi, kecuali pada kelompok pendidikan tinggi. Prevalensi jantung koroner pada perempuan juga lebih tinggi kecuali pada kelompok pendidikan tinggi, pegawai, kelompok non pekerja dan kelompok usia tua.

PEMBAHASAN

Status kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis medis, namun juga keadaan sosial (WHO, 2010). Perbedaan status kesehatan perempuan dan lelaki dipengaruhi hal tersebut. Hal ini sesuai dengan sudut pandang jender yang melihat status sosial, ekonomi dan politik perempuan membatasi kemampuannya melindungi dan meningkatkan kesehatan fisik, emosi dan mental termasuk penggunaan informasi dan layanan kesehatan sehingga memiliki status kesehatan lebih buruk dibanding lelaki (WHO, 2002). Kajian dan penelitian kesehatan reproduksi mendapatkan jauhnya perempuan dari akses ekonomi dan sumber daya menyebabkan tingginya kematian ibu, rendahnya status gizi anak (Vlassof, 2007). Lebih tingginya mortalitas lelaki disebabkan oleh lebih terpaparnya lelaki dengan risiko kematian, sedangkan pekerjaan/kegiatan perempuan lebih aman (Verbrugge, 1985).

Pendekatan/perspektif jender menyatakan perbedaan status perempuan dalam pekerjaan berbayar dan domestik yang mencerminkan tingkat ekonomi sosial mempengaruhi kesehatan mereka (Annandale & Hunt, 2000). Ketimpangan kesehatan dipandang disebabkan faktor sosial. Jika tidak ada perbedaan status sosial perempuan dan lelaki, maka tidak akan terjadi ketimpangan status kesehatan mereka. Sebagai proksi dari status ekonomi sosial adalah status dalam rumah tangga, pendidikan, pekerjaan. Lokasi tempat tinggal dan umur merupakan faktor kontrol terhadap kesehatan. (Annandale & Hunt, 2000).

Penerapan pendekatan jender dalam analisa data RISKESDAS 2013 menunjukkan secara nasional prevalensi PTM, distress emosional dan rerata disabilitas lebih tinggi pada perempuan. Fenomena ini terutama penyakit artritis, osteoporosis, diabetes dan hipertensi sesuai dengan keadaan di negara lain (Vlassof, 2007). Analisa yang dilakukan Roosihermatie mendapatkan adanya ko-morbiditas antara penyakit kronis dengan distress emosional, sehingga disarankan dilakukan penanganan integratif konsultasi psikologis selain penanganan penyakit fisik (Roosihermatie, 2013). Prevalensi osteo artritis atau penyakit dan osteoporosis sendi 3 kali lebih tinggi dibanding lelaki (Foltz-Gray, D, 2014)

Faktor hormonal sangat berperan dalam kejadian penyakit tersebut yang dimulai saat perempuan mengalami menarche dan mencapai puncaknya saat menopause. Lebih tingginya prevalensi penyakit jantung koroner, diabetes dan hipertensi juga terkait dengan faktor biologis, terkait dengan nama sindrom metabolik. Perempuan memiliki kecenderungan lebih tinggi mengalami penyakit jantung (Harvard, 2013). Sedangkan lebih tingginya penyakit stroke pada lelaki dapat disebabkan karena lelaki mendapat penanganan dalam fase lebih terlambat. Perempuan lebih sensitif terhadap ketidaknyamanan tubuhnya, sehingga lebih rajin memeriksakan diri dan mendapat penanganan lebih dini. Sedangkan peran lelaki sebagai tulang punggung keluarga, serta perilaku berisiko yang dihadapi membuatnya lebih toleran terhadap ketidaknyamanan, sehingga baru memeriksakan diri dalam fase lebih parah (Verbrugge, 1985).

Kedudukan kepala keluarga merupakan komponen penting dalam kesehatan, karena terkait otonomi. Mortalitas kepala keluarga perempuan atau lelaki lebih rendah. Status pasangan kepala rumah tangga berkorelasi positif dengan kesehatan bagi perempuan (Vlassof, 2007). RISKESDAS 2013 menunjukkan kedudukan sebagai kepala rumah tangga memiliki otonomi ekonomi dan keuntungan kesehatan hanya berlaku untuk lelaki. Lelaki dengan status kepala rumah tangga memiliki status kesehatan lebih baik dibanding perempuan dengan status yang sama. Di Indonesia perempuan dengan status kepala rumah tangga kemungkinan disebabkan mereka bercerai atau suami meninggal atau tinggal seorang diri, dan sudah berada dalam usia risiko timbulnya PTM. Perempuan dengan status kepala rumah tangga memiliki beban ganda yaitu sebagai tulang punggung ekonomi dan mengurus masalah domestik, sehingga mereka mengalami distress emosional dan

rerata disabilitas lebih tinggi. Perempuan dengan status kepala rumah tangga memiliki prevalensi lebih tinggi pada semua penyakit. Kedudukan perempuan sebagai kepala rumah tangga bukan merupakan kontributor terhadap lebih baiknya status kesehatan, bahkan dapat menunjukkan sebagai kelompok rentan dengan kesehatan lebih buruk dan memiliki tanggung jawab cukup berat, selain mengurus domestik rumah tangga juga memiliki beban untuk mengurus kesehatannya. Dalam proses pengumpulan data, sebagian responden perempuan berstatus kepala rumah tangga merupakan lanjut usia dan hidup sendiri.

Kerangka gender menekankan pentingnya pendidikan bagi kesehatan. Peran pendidikan bagi perempuan lebih menyadarkan pentingnya kesehatan, sehingga perempuan lebih rajin memeriksakan kesehatan dan mereka juga memiliki akses informasi dan pelayanan. Hasil analisa dengan variabel komposit mengendalikan faktor usia menunjukkan kontribusi pendidikan terhadap status kesehatan perempuan. Sedangkan analisis menurut jenis penyakit tidak menunjukkan kontribusi tersebut. Hal ini ditunjukkan dengan makin tingginya prevalensi kanker di kalangan perempuan dengan pendidikan tinggi. Kanker merupakan penyakit dengan gejala tidak jelas, sehingga hanya kelompok dengan akses informasi tinggi mendapatkan informasi terbaru mengenai penanganan dini. Manfaat pendidikan bagi perempuan terhadap kesehatan terlihat jelas. Prevalensi pada kelompok pendidikan rendah lebih tinggi pada semua penyakit, kecuali penyakit sulit yaitu kanker dan jantung koroner yang memerlukan pemeriksaan mendalam serta biaya tinggi.

Pekerjaan merupakan komponen penting lain dalam kesehatan, karena terkait dengan penghasilan, otonomi dan akses ke pelayanan kesehatan. Adanya akses ke pelayanan kesehatan berkontribusi pada perilaku pencegahan memburuknya kesehatan. Sedangkan lebih tingginya prevalensi penyakit distress emosional pada perempuan bekerja dibandingkan lelaki bekerja dapat disebabkan karena lebih tingginya kestabilan pendapatan pada lelaki bekerja. Penelitian di Korea menjelaskan proporsi perempuan dalam pekerjaan paruh waktu dengan gaji tidak menetap lebih banyak, sehingga mengalami distress emosional lebih tinggi. (Vlassof, 2007).

Hubungan jenis pekerjaan dengan status kesehatan lebih memperjelas sejauh mana kontribusi pekerjaan. Lebih rendahnya prevalensi distress emosional pada kelompok PNS dan pegawai swasta dapat disebabkan karena perasaan keamanan dari kestabilan gaji

yang diperoleh. Sedangkan lebih rendahnya rerata skor disabilitas dan prevalensi penyakit sendi dapat disebabkan lebih rendahnya aktivitas fisik yang mereka lakukan dibanding nelayan dan petani yang lebih merasakan dampak penyakit sendi dalam melakukan pekerjaan. Prevalensi PTM lebih tinggi pada PNS dapat disebabkan aksesibilitas mereka ke pelayanan kesehatan melakukan pemeriksaan karena memiliki ASKES. Situasi yang tidak dimiliki kelompok lain, kecuali sebagian kecil pegawai swasta dengan opsi kepemilikan JAMSOSTEK. Kepemilikan ASKES memberi manfaat positif bagi perempuan, ditunjukkan dengan lebih rendahnya prevalensi stroke, kencing manis dan jantung koroner. Hal ini dapat disebabkan karena mereka lebih rajin melakukan pemeriksaan sehingga dapat dilakukan pencegahan dini.

Saat ini pemerintah memiliki program Master Plan Percepatan Pembangunan Ekonomi Indonesia (MP3EI) untuk mensejajarkan Indonesia dengan negara maju dan berperan aktif dalam ekonomi dunia. Program ini dapat memiliki dampak sangat baik bagi peningkatan kesehatan masyarakat. Hasil analisa menunjukkan akses kepada sumber daya ekonomi memiliki hubungan erat dengan status kesehatan. Program penguatan ekonomi perempuan yang sedang digalakkan sangat bermanfaat bagi perempuan untuk memperoleh kesehatan yang lebih baik bagi mereka maupun bagi keluarganya, karena perempuan Indonesia sebagian besar menangani sektor domestik rumah tangga. Kerjasama sektor kesehatan dengan sektor lain melalui sharing informasi dan program akan menyadarkan sektor lain pentingnya kesehatan dalam penghematan ekonomi negara melalui perilaku pro sehat.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Terdapat interaksi faktor biologis dan faktor sosial terhadap status kesehatan. Walaupun dilakukan pengontrolan variabel sosio demografi, secara konsisten perempuan memiliki prevalensi penyakit dan disabilitas lebih tinggi, kecuali pada kelompok usia muda. Hal ini menunjukkan besarnya faktor biologis terutama umur. Namun pendidikan tinggi dan penghasilan relatif mapan memberikan manfaat bagi perempuan untuk melakukan tindakan pencegahan sehingga berdampak pada status kesehatan lebih baik dibandingkan lelaki untuk kondisi kesehatan tertentu. Berdasarkan perspektif gender, status kesehatan perempuan dan lelaki di Indonesia berhubungan melalui otonomi, akses informasi dan pelayanan

kesehatan. Hubungan otonomi yang dicerminkan melalui status hubungan status kepala keluarga dengan baiknya status kesehatan hanya berlaku untuk lelaki. Pendidikan dan pekerjaan dengan kestabilan ekonomi sangat mendukung perempuan memperoleh status kesehatan lebih baik. Analisa dapat membantu mengarahkan intervensi sosial dan medis untuk meningkatkan status kesehatan perempuan dan lelaki di Indonesia.

Saran

Karena secara biologis perempuan memiliki kecenderungan memiliki penyakit, maka perlu diperkuat metode dan sarana untuk mencegah perempuan mendapatkan penyakit sebelum waktunya. Peningkatan akses terhadap sumberdaya dan pelayanan kesehatan bagi perempuan dapat meningkatkan status kesehatan mereka. Disarankan sektor kesehatan meningkatkan pemberian informasi pencegahan dan penanganan dini PTM. Status kesehatan dipengaruhi oleh sektor lain terutama pendidikan dan kestabilan pendapatan, maka program pemberdayaan ekonomi masyarakat harus diperkuat dan ditingkatkan disertai dengan pemberian informasi pentingnya kesehatan berisi pesan pencegahan, dan deteksi dini.

DAFTAR PUSTAKA

Annandale & Hunt (eds), 2000. Gender inequalities in health. Philadelphia: Open University Press Buckingham.
Fariyal F Fikree, Omrana Pasha. 2004. Role of gender in health disparity: the South Asian context . BMJ, 328: p. 3.

Foltz-Gray D, 2014. Gender Differences in Osteoarthritis The impact of OA, as well as the approach to treatment, varies for men and women. Available at: <http://www.arthritistoday.org/about-arthritis/types-of-arthritis/osteoarthritis/treatment-plan/gender-differences-in-oa.php>
Harvard Health Publications. 2013. Gender matters: Heart disease risk in women. Available at: http://www.health.harvard.edu/newsweek/Gender_matters_Heart_disease
Kementrian Kesehatan RI. 2009. Laporan Nasional Riskesdas 2007. Jakarta.
Kementerian Kesehatan RI. 2014. Laporan Riskesdas 2013. Jakarta.
Roosihermatie B, Rachmawati T, Budianto W. 2012. Chronic diseases and emotional disorders, in indonesia. Regional Symposium. Yogyakarta.
Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J (eds), 2010. World Health Organization, Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule: WHODAS 2.0. Geneva.
Verbrugge LM. 1985. Gender and Health: An update on hypotheses and evidence. Journal of health and social behavior vol. 26 no. 3, 156–182. Available at: <http://links.jstor.org>
Vlassoff C. 2007. Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness. J Health Popul Nutr, March, 25 (1): p. 47–61.
WHO, 2002. Gender analysis in health, a review of selected tools. Geneva: Department of gender and woman health.
WHO, 2010. Gender equality is good for health, department of gender, women and health, available at: www.who.int/gender
WHO. 1994. A user's guide to the self reporting questionnaire. Geneva.